UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 86

FACULTE DE MÉDECINE

# DES HÉMATURIES

## DITES ESSENTIELLES

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 25 Juillet 1912**

PAR

**Louis COURCHET**

Né à Montpellier le 27 Juin 1885

**Pour obtenir le grade de Docteur en médecine**

**Examinateurs de la Thèse** { CARRIEU, professeur, *président;* GRANEL, professeur ; VEDEL, agrégé ; LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs*

**MONTPELLIER**
IMPRIMERIE GENERALE DU MIDI

1912

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 86

FACULTÉ DE MÉDECINE

# DES HÉMATURIES

## DITES ESSENTIELLES

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Louis COURCHET

Né à Montpellier le 27 Juin 1885

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

| | | |
|---|---|---|
| Examinateurs de la Thèse | CARRIEU, professeur, *président;*<br>GRANEL, professeur ;<br>VEDEL, agrégé ;<br>LEENHARDT, agrégé. | *Assesseurs* |

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GENERALE DU MIDI

1912

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## ADMINISTRATION

| | |
|---|---|
| MM. MAIRET (✻) | Doyen |
| SARDA | Assesseur |
| IZARD | Secrétaire |

## PROFESSEURS

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (O. ✻). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér. |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT (✻). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET (✻). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et Histoire naturelle médicale | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE (✻). |
| Clinique ophtalmologique | TRUC (✻). |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS (✻). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédique | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et Toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS H. |
| Pathologie et thérapeutique générales | RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |
| Thérapeutique et matière médicale | VIRES. |

*Professeurs adjoints* : M. De ROUVILLE, PUECH, MOURET

*Doyen honoraire* : M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires* : M. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻)

*Secrétaire honoraire* : M. H. GOT

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | LEENHARDT, agrégé. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agrégé libre. |
| Clinique gynécologique | De ROUVILLE, prof. adj. |
| Accouchements | PUECH, prof. adj. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agrégé libre. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, prof. adj. |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN, agrégé. |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. LEENHARDT | MM. DELMAS Paul. |
| VEDEL. | GAUSSEL. | MASSABUAU. |
| SOUBEYRAN | RICHE. | EUZIÈRE. |
| GRYNFELTT Ed. | CABANNES | LECERCLE |
| LAGRIFFOUL. | DERRIEN | FLEIG, chargé des fonct. |

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CARRIEU, *Professeur, Président.*
GRANEL, *Professeur.*
MM VEDEL, *Agrégé.*
LEENHARDT, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

Monsieur le Professeur Lucien COURCHET

de l'université de montpellier

A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

L. C.

A Monsieur Pierre LAFONT

docteur en pharmacie

L. C.

A Mon Président de thèse

Monsieur le Professeur CARRIEU

Médecin en chef de l'hopital suburbain

A Monsieur M. GRANEL

Professeur a la faculté de médecine

Directeur du jardin botanique

A Monsieur le Professeur agrégé VEDEL

A Monsieur le Professeur agrégé E. LEENHARDT

A TOUS MES MAITRES

L. C.

A mon cher Ami le Docteur Marcel CARRIEU

interne des hôpitaux

A TOUS MES AMIS

L. C.

# AVANT-PROPOS

Chacun de nous connaît bien ses défauts;
En convenir, c'est autre chose.
On aime mieux souffrir de véritables maux
Que d'avouer qu'ils en sont cause.

FLORIAN.

Quelle que soit la formule que, par snobisme, on soit incité à substituer à la traditionnelle phrase : *arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis de remercier*, etc., elle serait toujours l'inéluctable expression de cette double idée : « Le temps est enfin venu de céder la place, et il ne reste plus, avant de s'éloigner, qu'à serrer avec reconnaissance les mains qui nous ont guidé jusque-là ». Et moi, que la Nature ne gratifia que d'aptitudes scientifiques moyennes, je dois mon titre de docteur en médecine à mes Maîtres de la Faculté, à leur méthode si sûre d'enseignement, à la bienveillante sollicitude qu'ils déployèrent pour encourager mes efforts et corriger mes erreurs : c'est grâce à eux que j'ai pu comprendre et apprendre les notions médicales.

Au cours de mes épreuves, certains de mes professeurs ont montré à mon égard une indulgence plénière : je les en remercie encore aujourd'hui plus solennellement, mais aussi cordialement.

Plusieurs de mes Maîtres ayant pour mon père, leur collègue, une très vieille et très profonde sympathie, ont été pour moi des protecteurs affectueux.

En remerciant individuellement chacun de mes Maîtres, je risquerais d'établir malgré moi, dans l'expression de ma reconnaissance, une gradation ou des différences virtuelles.

C'est donc un même hommage de gratitude que j'adresse à MM. les Professeurs Granel, Carrieu (qui ont bien voulu me faire l'honneur et le vif plaisir de siéger à la soutenance de cette thèse), Ville, Tédenat, Vialleton, Ducamp, Forgue, Baumel, Vallois, Rauzier, à MM. les Professeurs agrégés Derrien, Euzière, Massabuau, Delmas, Galavielle.

M. le Professeur agrégé Leenhardt m'a inspiré ce travail : tous les mercis du monde seraient au-dessous de ceux que je lui dois.

Je ne pourrai jamais oublier avec quel désintéressement dévoué M. le Professeur agrégé Cabannes m'a aidé à apprendre l'anatomie, les leçons de M. le Docteur Roger, chef de clinique médicale, m'ont évité quelques périls. M. Izard, secrétaire de l'Université, a eu constamment pour moi une telle sollicitude que je le prie de vouloir bien recevoir le témoigngage ému de ma respectueuse amitié.

Que MM. les Professeurs Astre et Fonzes-Diacon, de l'Ecole supérieure de Pharmacie, reçoivent l'hommage de ma sympathie et l'expression de ma vive gratitude pour l'intérêt qu'ils n'ont cessé de me témoigner et l'amitié précieuse dont ils m'ont entouré. Le nom de M. le Docteur Bonnaud m'est doux à prononcer aussi en pareille circonstance.

Tous mes camarades ont été des amis : quelques-uns sont déjà bien loin de notre vieille Faculté, entraînés par le cours de la vie — parfois un des plus ennuyeux à suivre ! — Je ne puis les citer tous, mais je les englobe dans un même souvenir affectueux. Cependant, malgré moi, quelques noms s'échappent de ma plume, les noms de quelques amis de toujours, avec qui j'ai joué aux billes dans la cour du Lycée, que j'ai fréquentés étudiants, partageant les joies et les peines (et même les ressources), et que la vie maintenant est sur le point d'éparpiller dans le monde. C'est avec émotion que je prononce ici les noms de Vialle, dont l'optimisme m'a si souvent réconforté, de Marcel Carrieu, qui m'a tant aidé à mettre ce travail en bonne voie, de Gueit, Lapeyre, tous trois internes de nos hôpitaux, d'Henry Verdier, interne à Versailles, du docteur Paul Duplessis de Pouzilhac, avec qui je

fondai deux journaux d'étudiants, de Paul Guidoni, avec qui je jouais, avec tant de plaisir, la comédie ! Jean Siffre, Ros, Pierre Malleret, Barras, Eissautier, Lamarche et tant d'autres encore ! comment pourrais-je ne pas me souvenir d'eux aujourd'hui ? Que mon cousin Laurent Courchet sache que je ne l'oublie pas non plus en cette circonstance.

M. Pierre Lafont, docteur en pharmacie, m'a connu très jeune et m'a appris à le considérer comme un grand frère : si je puis signer ma thèse de médecine, c'est, en grande partie, à son dévouement sans borne que je le dois : il connaît mes sentiments à son égard : je tiens à le citer en dernier lieu, pour lui faire ici, comme dans mon cœur, une place à part. A tous, merci.

Je n'ai plus rien à dire.

L. C.

# DES HÉMATURIES
## DITES ESSENTIELLES

## INTRODUCTION

« Il existe des hémorragies rénales abondantes, persistantes, dangereuses même, fournies par un seul des reins et que n'explique *jusqu'à nouvel ordre* aucune lésion connue. »

(A. Broca, 1894.)

« Donner aux hémorragies dont je parle le nom d'hématuries essentielles n'est, il faut bien le reconnaître, qu'un aveu mal déguisé de l'ignorance où nous sommes de leur véritable cause. »

(Debaisieux, 1898.) — (Doreau, Thèse, 1898.)

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service des enfants, à l'Hôpital Suburbain, un malade qui nous a particulièrement intéressé.

Notre Maître, M. le Professeur agrégé Leenhardt, ayant posé son diagnostic d'attente, d'*hématurie essentielle*, nous fit remarquer toute l'incertitude qui enveloppait cette dénomination : les hématuries dites essentielles donnèrent lieu à de nombreuses controverses ; le cas était donc particulièrement captivant, et ce fut avec un intérêt très vif que nous suivîmes, chez ce jeune malade, l'évolution de ces hématuries. Et nous faisons de cette étude et des déductions qu'elle nous a suggérées, le sujet de notre thèse inaugurale.

L'idée nous parut, à la vérité, doublement intéressante :

Tout d'abord, bon nombre d'auteurs, et de la plus haute compétence en matière scientifique, ont été sollicités par le problème attirant des « hématuries dites essentielles », et sont arrivés à des conclusions dissemblables ; faire un choix entre toutes les théories émises est chose délicate, mais la question, par la variété même des idées énoncées, présente une particulière importance.

Ensuite, en étudiant les derniers travaux parus sur ces « symptômes prétendus sans lésion correspondante », nous avons pu remarquer aussi la diversité des classifications proposées. La plus claire nous a paru être celle que MM. Legueu et Malherbe exposent, dans leur rapport au Congrès d'Urologie de 1899, où nous avons, du reste, puisé de précieux éléments.

Nous nous efforcerons de tirer, de l'ensemble des idées discutées, quelques données pratiques, et d'établir cette importante dualité clinique, le pronostic et le traitement.

On voit, dès lors, s'esquisser les divers chapitres de notre étude :

Introduction.

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Les hématuries :

*a*) Définition ;
*b*) Hématuries d'origine locale ;
*c*) Hématuries de causes générales.

A. Les hématuries symptomatiques.

B. Les hématuries dites essentielles. Classification.

Chapitre III. — Observations et discussions.

Chapitre IV. — Pronostic, Diagnostic, Traitement.

Chapitre V. — Conclusions.

Bibliographie.

# CHAPITRE PREMIER

## HISTORIQUE

Au XVIII[e] siècle, quelques observateurs relatèrent déjà quelques cas « d'hématuries essentielles périodiques ». Plus tard, Franck (1), Chopart (2), et Latour (3) ont signalé des hématuries essentielles supplémentaires du flux menstruel, hémorrhoïdal ou nasal.

En 1841, Roger (4) distingue déjà trois groupes dans les hémorragies rénales :

1° Les hémorragies rénales supplémentaires ;

2° Les hémorragies rénales symptomatiques d'affections générales ;

3° Les hémorragies rénales essentielles.

« Il existe, dit-il, un certain nombre d'hémorragies qui ne peuvent être rattachées à aucune lésion de l'appareil urinaire, à aucune maladie déterminée et que l'on désigne sous le nom d'*hématuries essentielles*.

MM. Lancereaux (5) et Renaut (6) ont décrit une variété d'hémorragies liées à une influence nerveuse. De plus, M. Lancereaux (7) a étudié des hémoragies névropathiques du

(1) Franck. Traité de médecine pratique. Tome III. Traduction française par Guidareau.

(2) Chopart. Traité des maladies des voies urinaires, tome II, p. 1758.

(3) Latour. Traité de philosophie des hémorragies, t. II, p. 25.

(4) Roger. Traité des maladies des reins. Paris, 1841, tome III, pp. 326. 351.

(5) Lancereaux. Traité d'anatomie pathologique générale. Paris, 1875, t. I.

(6) Renaut. Dictionnaire des sciences médicales. Art. « Hémorragies ».

(7) Lancereaux. Dictionnaire des sciences médicales. Art. « Rein ».

rein et la congestion active du rein par action nerveuse (Paris, 1875).

En 1885, Sabatier publia comme « néphralgie hématurique » un cas de « néphrite hématurique ».

En 1894, Broca (1) réunit, en un intéressant mémoire, un certain nombre d'observations d'hémorragies abondantes et persistantes, sans lésions du rein connues.

En 1895, MM. Reblaud et Picqué en ont communiqué deux observations au Congrès de chirurgie.

Dans une communication faite à la Société de Médecine de Berlin, au mois de décembre 1896 (2), sur les « hématuries dans les cas de reins sains », Klemperer cite deux cas d'hématuries de peu de durée survenant par accès et ne se répétant pas, chez des individus bien portants. Il divise en deux groupes, nettement tranchés, les hématuries rénales chroniques :

1° L'hémophilie rénale ;
2° Les hémorragies angionévrotiques.

Egalement en 1896, Sénator (3) adopte la division suivante :

1° Hémophilie rénale ;
2° Hématurie rénale essentielle ;
3° Hématurie rénale avec néphralgie.

En 1897, Hamel propose, au sujet des « hématuries essentielles », cette classification :

1° Hématurie avec néphroptose ;
2° Hématurie avec névralgie ;
3° Hématurie purpurique ;
4° Hématurie avec albumine ;
5° Hématurie essentielle pure.

En 1897, quelques mois plus tard, M. Guyon signale des « hématuries essentielles de la grossesse ». Etait-ce une

(1) Broca. Hémophilie rénale et hémorragie rénale. *Ann. gén.-urin.*, 1894, p. 881.
(2) *Bulletin médical*, 1896, p. 1199.
(3) Sénator. *Bulletin médical*, 1896, p. 1200.

congestion physiologique ? une inflammation interstitielle ? s'agissait-il simplement d'une réaction parenchymateuse de l'organe ? Et M. Guyon formulait nettement son opinion : « Il m'est bien difficile d'admettre que les hématuries de la grossesse sont d'origine essentielle ».

Notre Maître, M. le Professeur Tédenat, de l'Université de Montpellier, prit la parole au Congrès de 1898 et déclara n'admettre qu'avec réserves la prétendue existence des « hématuries esentielles ». Il s'exprima ainsi :

« Les hématuries essentielles seraient celles qui ne dépendraient d'aucune altération du rein ou du sang, où l'hémorragie serait, à elle seule, toute la maladie ». Après avoir cité une série de cas où l'on eût pu croire à de simples troubles hémorragiques sans lésion, si l'on n'avait décelé, plus tard, des plaques de sclérose, M. Tédenat reprit :

« Parfois, le brightisme est latent et ne se révèle que par des traces d'albumine, sous des influences diverses (coup de froid), sous l'action de certains agents qui sont des aliments (asperges) ou des médicaments (térébenthine, santal, iodiques). Dans ce cas, les hématuries rénales peuvent se répéter ». D'autres faits sont encore cités par Tédenat, qui l'amènent à l'énoncé de cette conclusion :

« Dans tous ces cas, les hématuries rénales me semblent justifiées nettement : tous ces faits me permettent, sinon de révoquer en doute l'existence des hématuries essentielles, du moins de ne pas l'admettre sans une certaine hésitation. »

A la quatrième session du Congrès d'Urologie d'octobre 1899, le docteur Boursier (de Contrexéville), dit que les hématuries lithiasiques, uriques ou oxaliques sans calculs, ont été prises, bien souvent, pour des hématuries essentielles, et ont pu faire confirmer ainsi la légende de leur existence.

A cette même séance, M. Galland-Gleize dit : « Je ne crois guère aux hématuries *sine materia ;* comme tous les praticiens, j'ai pu voir des malades qui, dans le cours de leur existence, ont uriné du sang à la suite d'influences diverses mal précises, pendant un ou plusieurs jours consécutifs :

« Ces hématuries n'étaient, paraît-il, suivies d'aucun symptôme de nature à faire admettre l'existence d'une lésion quelconque des voies urinaires. Le seul contrôle vraiment sérieux, le contrôle anatomique, faisait défaut. Cependant, M. Galland-Gleize résistait à ce mirage de l'évidence et pensait « que ces hématuries dites essentielles n'étaient que la traduction d'une affection déjà nettement constituée ». M. Léon Imbert, alors agrégé à Montpellier, maintenant professeur à Marseille, donna, lui aussi, son opinion sur cette étrange question et mit aussi en doute ces « hémorragies sans cause ».

En 1899, MM. Legueu et Malherbe font, au Congrès d'Urologie, un important rapport, savamment documenté, sur les hématuries essentielles.

M. Doubre, M. Doreau publient à cette même époque des intéressants mémoires sur cette question ; tous deux demeurent sceptiques sur « l'essentialité » de ces hématuries.

M. le docteur Louveau, de Bordeaux, se rendrait à l'évidence et croirait aux hématuries essentielles si l'on n'appliquait cette épithète qu'après un examen histologique négatif du rein soupçonné.

Bon nombre d'auteurs sont encore attirés par le problème de cette maladie essentielle, en étudient avec soin les détails et relatent impartialement leurs résultats.

Le docteur Castan, de Béziers, rapporte récemment un cas, observé par lui, d'hématurie essentielle typique sous l'influence de toxines retenues dans l'organisme par un mécanisme quelconque et prouvant l'existence d'hématurie sans lésion, comme la métrorrhagie.

Enfin, en 1908, M. Gautier met cette conclusion à sa thèse de Paris :

« Les hématuries essentielles, sans cause, n'existent pas . il n'y a que les hématuries symptomatiques qui relèvent, soit d'une cause générale, soit d'une cause locale. »

On voit combien, depuis longtemps, la question des hématuries essentielles attira la curiosité scientifique des auteurs. De tous temps, on a voulu savoir, et le chapitre des maladies essentielles a toujours été le point obscur de la science médi-

cale. On voit toutefois, par un regard jeté sur l'historique de la question (que nous avons, de notre mieux, essayé d'établir), que le problème demeure encore sans solution nette, mais que la plupart des opinions incline à douter de l'existence de ces hématuries purement essentielles.

Nous sommes persuadé, d'ailleurs, que si les premiers chercheurs, certains de l'absence de cause, ont donné cette dénomination définitive « d'hématuries essentielles » aux hémorragies rénales sans lésion prouvée, le terme n'a été conservé par les auteurs suivants que comme épithète d'attente et son maintien ne prouve nullement qu'ils renonçaient à chercher, ou croyaient avoir trouvé. Le chapitre des hématuries essentielles s'offre à nous comme une véritable leçon de modestie.

# CHAPITRE II

## DES HÉMATURIES

### A. Des hématuries symptomatiques

On désigne par le mot « hématurie » la présence du sang dans les urines ; la définition stricte serait : « émission simultanée, par la même voie, de sang et d'urine », ce qui la différencie de l'uréthrorragie, qui est constituée seulement par l'émission de sang pur par le méat.

L'hématurie se reconnaît aisément. L'urine peut, de par la présence du sang, prendre une coloration variant de la teinte rouge clair à la nuance rouge sombre, qu'on a pu comparer au bouillon de bœuf, au vin de Malaga ; parfois, l'ensemble est d'un rouge éclatant ; on peut souvent déceler la présence de caillots.

Toutefois, il est des cas où la quantité de sang est trop faible pour influer sur la coloration des urines ; dans ce cas, le diagnostic se fera, soit par le microscope, soit par les moyens chimiques : par le premier moyen on trouvera, après centrifugation, une quantité plus ou moins grande d'hématies ou encore des cylindres hémorragiques sur la lamelle, et cela sans avoir eu recours à la moindre coloration.

Quant aux moyens chimiques, on emploiera les différentes méthodes connues, c'est-à-dire le procédé de Meyer (de Munich, 1903), signalé en France par Deleardre et Benoit et étudié plus complètement par Puy-le-Blanc (1), et légèrement

(1) Puy-le-Blanc. Procédé pratique pour la recherche du sang dans les urines. *Revue pratique des maladies génit.-urinaires*, 1909, n° 32, p. 136, et Th. de Paris, 1909.

modifié par Telmont et Sardou (Th. de Montpellier, 1911). Il consiste à mettre en contact, avec l'urine, une solution de phénolphtaléine : celle-ci, incolore, se recolore en rouge grâce à la décomposition de l'eau oxygénée par l'hémoglobine du sang et à l'oxydation qui en est la conséquence.

Un moyen plus simple encore est conseillé par Sabrazès (2) : l'addition à une urine légèrement hématurique d'eau oxygénée donne une mousse très abondante, surmontant la surface liquide de plusieurs centimètres et mettant plusieurs heures à se dissiper. (Les urines qui contiennent du pus moussent aussi beaucoup, mais moins cependant que l'urine hématurique) : ces moyens décèlent très vite les petites hématuries.

L'hématurie peut coïncider avec d'autres hémorragies. On observe cette simultanéité dans le *purpura*, l'hémophilie, la variole hémorragique. Les hématuries endémiques des pays chauds relèvent de la présence, dans le système circulatoire, d'hématozoaires, parasites spéciaux, comme la Filaire de Médine, le *Bilharzia hæmatobia*. Toutes ces hématuries sont donc nettement symptomatiques, et nous les voyons se grouper d'elles-mêmes sous deux chefs :

*a*) Les hématuries de causes locales ;
*b*) Les hématuries de causes générales.

## I. HÉMATURIES DE CAUSES LOCALES

### 1° *Tuberculose*

Dans les hématuries provenant de causes locales, nous classerons, en première ligne, les hématuries tuberculeuses.

La tuberculose rénale est une source d'hémorragies urinaires ; l'hémorragie, fréquente dans les premières phases de la maladie, fréquente aussi dans les tuberculoses d'origine circulatoire, manque dans les périodes ultimes, et elle est

(2) Sabrazès. *Rev. franç de méd. et de chir.*, janvier 1904.

peu constante dans les affections ascendantes. Ses caractères même la distinguent de l'hématurie néoplasique, que nous avons déjà envisagée, puisque l'hématurie cancéreuse est abondante et continue. Par opposition avec l'hématurie calculeuse, elle est indolore, spontanée, indépendante du mouvement ou du repos. Il faut noter une forme de tuberculose du rein, où l'on peut voir le malade pisser du sang d'une façon continue, et cela pendant plusieurs mois.

La tuberculose de la vessie donne des hématuries ; ces hématuries, que l'on a justement comparées aux hémoptysies du début de la tuberculose pulmonaire, et dont elles ont, d'ailleurs, tous les caractères, sont spontanées, irrégulières, abondantes, et ne cessent pas toujours par le repos. Elles surviennent à intervalles inégaux, séparés par des périodes de rémission de durée variable. Elles sont donc caractéristiques de lésions congestives intenses et non de phénomènes infectieux. Les urines sont claires, limpides, et l'examen bactériologique donne preque toujours un résultat négatif.

Dans le cas de prostate tuberculeuse, l'hématurie est quelquefois précoce, analogue à l'hémoptysie vésicale dont nous venons de parler ; ce sont généralement quelques stries sanglantes, qui se montrent dans les dernières gouttes.

### 2° *Lithiase*

Dans les hématuries de cause locale, nous placerons ensuite les hémorragies dues à la présence d'un calcul (rein, urètre, vessie, prostate) produisant des éraillures des muqueuses et des lésions des vaisseaux superficiels. Dans ce cas, on a affaire à un malade qui souffre surtout lorsqu'il fait des mouvements, et l'urine est uniformément colorée de sang (hématurie totale).

### 3° *Néoplasme*

L'hématurie des néoplasmes est très importante à connaître. Un néoplasme de la vessie, quelle que soit sa nature, lors-

qu'il n'y a pas d'infection concomitante et, par conséquent, pas de phénomènes de cystite, ne se manifeste que par ce seul symptôme : le pissement de sang, ou *hématurie*. Mais cette hématurie a une physionomie bien personnelle, dont Guyon a défini et groupé les caractères, de telle sorte que, par elle-même, elle prend une valeur pathognomonique considérable, et « que l'exploration de la vessie confirme seule» ment l'existence du néoplasme, trahie déjà par la présence » du sang dans l'urine » (Forgue) (1). Cette hématurie, comme caractères essentiels, présente de la spontanéité et de l'irrégularité dans son apparition et dans sa durée. Elle est indolore, abondante, solitaire, répétée, terminale, non influencée par le repos et les médications.

Le néoplasme du rein donne aussi de l'hématurie ; le symptôme est, toutefois, moins constant : l'hématurie manque dans le tiers des cancers de l'adulte, dans les trois quarts des cas de néoplasmes chez l'enfant. Elle apparaît lorsque le malade est déjà porteur d'un rein volumineux. Les caractères sont particuliers ; l'hématurie est alors abondante, spontanée, irrégulière, apparaissant souvent par crises, et disparaissant sans cause appréciable. Le plus souvent, elle ne s'accompagne d'aucune douleur et n'est nullement modifiée par le repos. Aux divers temps de la miction, le liquide émis a la même coloration (hématurie totale de Guyon), sans que les dernières gouttes soient plus teintées, ce qui est le propre des hématuries terminales.

Lorsque la prostate est le siège d'une néoplasie, on a encore affaire à des hématuries qui rappellent en tous points celles de la vessie.

### 4° *Rétention*

Dans quelques cas de rétention (tabès, hypertrophie de la prostate, rétrécissement de l'urètre), on voit les malades émettre des urines sanglantes.

(1) Forgue. Traité de pathologie externe, t. II, p. 731.

### 5° *Traumatismes*

Les traumatismes du rein produisent une hématurie, qui en est le plus constant et le plus important des symptômes ; les urines sont noirâtres, de couleur marc de café. L'hématurie apparaît, ordinairement, dès la première miction ; parfois, cependant, l'urine ne devient sanglante qu'après deux ou trois jours. Ce retard de l'hématurie peut provenir d'une obstruction temporaire de l'urètre par un caillot sanguin ; une hémostase primitive fragile tardivement supprimée, le détachement d'un caillot oblitérant, peuvent être cause de cette rémission.

La rupture traumatique ou blennorragique de l'urètre dans sa portion spongieuse ou dans son tronçon membraneux, ou encore dans sa portion périnéale (cette dernière étant le type clinique le plus intéressant dans les chutes à califourchon) amène plus fréquemment de l'urétrorrhagie que de l'hématurie vraie.

### 6° *Néphrites*

Dans les néphrites, le principal symptôme est la pyurie ; les malades sont des « pisseurs de pus ». Toutefois, par suite de la congestion intense causée par l'infection, l'hémorragie se présente souvent, tantôt légère, tantôt abondante.

Dans les scléroses rénales, l'hémorragie se produit parfois sous l'influence d'un très petit foyer qui peut même passer inaperçu à l'examen de l'organe.

### 7° *Parasites*

Enfin, comme nous l'avons indiqué au début de ce chapitre, certains parasites des pays chauds sont des causes fréquentes d'hématurie : cette hématurie s'observe surtout chez les jeunes sujets ; les parasites auxquels on l'attribue sont le *Bilharzia hematobia* et la filaire ; la présence des œufs de la *Bilharzia* a été constatée dans le parenchyme rénal.

L'hématurie peut aussi être d'origine vésicale. La filaire agit par congestion et inflammation.

L'hématurie endémique présente des allures intermittentes, procède par accès, laissant intacte la santé dans leur intervalle ; le passage du climat chaud au climat tempéré corrige rapidement l'hématurie.

Nous avons donc ainsi passé rapidement en revue les causes locales d'hématurie, et nous pouvons les grouper comme il suit :

*Causes locales d'hématuries :*

1° Tuberculose de l'arbre urinaire ;
2° Lithiase rénale ou vésicale ;
3° Néoplasmes rénaux, vésicaux, prostatiques ;
4° Rétention ;
5° Traumatismes ;
6° Néphrites chroniques et sclérose rénale ;
7° Parasites.

## II. HÉMATURIES DE CAUSES GÉNÉRALES

Passons maintenant à l'énoncé rapide des causes générales d'hématuries symptomatiques. On les rencontre dans les maladies infectieuses, au cours des pyrexies graves, dont bon nombre présentent des variétés hémorragiques. Telles sont la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la rougeole, l'ictère grave, le scorbut, la peste, la fièvre jaune, le purpura, la pneumonie (Lécorché-Talamon), la leucémie, le paludisme dans les périodes d'accès. Dans ces cas, d'ailleurs, l'hématurie dénote l'arrivée prochaine d'une phase ultime, et la présence du sang dans les urines assombrit singulièrement le pronostic : d'après Charrier, l'aggravation ne serait pas due à des lésions causées par des *agents microbiens hémorragipares* spéciaux, mais, comme il a été démontré dans ces formes graves, au rôle néfaste des toxines sécrétées par les

microbes de la maladie elle-même. C'est dans ce cas que l'on observe la *néphrite intermédiaire*, transition entre les hématuries de causes générales et les hématuries de causes locales.

L'absorption de poisons chimiques (tels que la cantharide ou la cantharidine) produit des troubles hémorragiques urinaires. L'application de vésicatoires, l'usage exagéré du Baume du Pérou, peuvent entraîner l'hématurie. Les coups de froid intenses, certains aliments (comme les asperges), ou médicaments (comme la térébenthine, le santal, les iodiques), sont susceptibles de teinter de sang les urines. Il en est de même à la suite de l'emploi du sublimé, de la moutarde, de l'abus de l'arsenic, de l'usage excessif du sulfate de quinine ; dans toutes ces intoxications on a trouvé de la NÉPHRITE.

---

Nous venons de faire rapidement l'étude des causes locales et générales des hématuries ; ces hématuries sont donc des *hématuries symptomatiques*, puisqu'elles trahissent l'existence de lésions réelles ou relèvent de causes générales dont on connaît l'origine. Quoi qu'il en soit, dans toute hématurie, de quelque cause qu'elle relève, il est un facteur dont la physiologie pathologique intervient toujours : c'est la congestion (Guyon). C'est la congestion qui, en matière d'hématurie, détermine l'apparition du symptôme : *c'est elle qui dénature la relation entre une lésion donnée et l'hématurie qui la traduit ;* c'est elle qui trouble le clinicien « par un paradoxe déconcertant ».

Mais cette congestion peut-elle, à elle seule, causer l'hématurie ?

Ne peut-elle, par son adjonction à une cause si minime qu'elle peut passer inaperçue, donner naissance à une hématurie importante que l'on serait tenté de qualifier d'essentielle ?

## B. DES HÉMATURIES ESSENTIELLES

On peut définir ainsi le terme « d'hématurie essentielle » : une hématurie qui ne dépendrait d'aucune lésion du rein, d'aucune altération d'organe ou du sang, où l'hémorragie

serait, à elle seule, toute la maladie. Aucune des lésions étudiées dans le précédent paragraphe ne serait trouvée qui expliquerait le symptôme..., provisoirement tout au moins.

L'*essentialisme* est une doctrine qui attribuait à des essences existant dans l'organisme bon nombre de maladies, indépendamment du fonctionnement des organes.

Comme on l'a vu par l'exposé historique du début de notre travail, la dénomination d'hématurie essentielle fut donnée par les premiers auteurs dans le but déterminé de prouver l'existence de phénomènes hémorragiques ne relevant d'aucune lésion : plus tard, on ajouta « d'aucune lésion constatée », réserve prudente qui ouvrait les débats, attirait l'attention des auteurs.

Ces hématuries viennent pour la plupart du rein et, pour quelque cause que ce soit, on ne peut poser toujours un diagnostic ferme : on parle alors d'hématurie essentielle ; ce terme, qui ne devrait donc désigner qu'un diagnostic d'attente, a pris trop souvent une valeur définitive ; l'erreur est d'autant plus aisée que l'étude du rein soupçonné n'a révélé aucune lésion de cet organe.

Ces lésions peuvent passer inaperçues malgré des recherches minutieuses, et cependant véritablement exister, très légères, et provoquer d'assez importantes hémorragies pendant des époques variables. Les atteintes réelles peuvent siéger dans le tissu conjonctif et ne pas encore intéresser le tissu noble de l'organe ; malgré des coupes histologiques méticuleuses, les préparations réalisées peuvent ne pas intéresser une lésion restreinte et se borner à son pourtour.

Il est un principe indiscutable : *en pathologie, toute lésion a une cause* : on peut, à la rigueur, méconnaître une lésion, ignorer même que telle altération donnée, même insignifiante, est capable de produire un invariable symptôme : s'il en est ainsi, le terme d'*essentiel* ne servirait qu'à couvrir une ignorance momentanée, à masquer des erreurs de diagnostic.

Mais, à notre avis, étiqueter « maladie essentielle » un ensemble de symptômes ou un symptôme de cause inconnue

est une maladresse qu'il serait urgent de réparer à notre époque ; en rayant ce terme du dictionnaire médical, on éviterait des équivoques et des discussions, car le mot « essentiel » est pris en majorité comme une formule définitive de « symptôme sans lésion », comme synonyme de « fait sans cause ».

Ne trouverait-on point là la raison du silence fait si longtemps autour de cette question ? Il nous paraît dangereux de maintenir cette dénomination, qui est comme un renoncement à des recherches ultérieures, personnelles ou générales, comme une consolation égoïste masquant même envers soi-même une impuissance à découvrir des raisons existantes, et comme un terme propre à étouffer des remords scientifiques ?

Trois stades se détachent nettement, en effet, dans la compréhension du terme « hématurie essentielle », selon les époques. Les premiers auteurs croyaient étiqueter ainsi une classe nouvelle de maladies sans lésions ; les suivants l'admettent surtout comme terme dubitatif et diagnostic d'attente. Enfin, les opinions semblent maintenant s'orienter vers la négation absolue.

Mais nous ne saurions tirer des conclusions intempestives avant d'avoir impartialement discuté quelques observations. Tel n'est pas, en effet, le plan de ce modeste travail.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de donner à chaque observation la place qui lui convient dans le cadre des hématuries symptomatiques : les hématuries dites essentielles ont été observées quelquefois ; ce furent des hématuries abondantes jusqu'à l'anémie, rebelles à tout traitement ; on se doutait de leur origine rénale, et à plusieurs fois, à défaut d'autre indice, le cystoscope a montré nettement le sang venant de l'urètre ; pour un motif ou pour un autre, aucune raison ne peut être décelée parmi les causes habituelles des hématuries. Il suffit de plusieurs observations de ce genre pour avoir fait naître le cadre des *hématuries essentielles*. Toutes les autres observations peuvent, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, après une discussion minutieuse, rentrer dans le chapitre des hématuries symptomatiques.

C'est avec la plus grande réserve que l'on doit effectuer cette classification et ranger dans telle ou telle catégorie une observation d'hématurie dite essentielle. Voici un exemple frappant de la nécessité d'être prudent.

Une preuve, en effet, caractéristique, réside dans les faits observés par MM. Picquié et Reblaud (1). C'est une observation d'hémophilie rénale, d'hémorragie rénale sans substratum anatomique : il s'agissait d'une hématurie durant depuis longtemps et absolument totale. On en cherche la cause : rien dans la vessie, aucune lésion ; rien dans le rein gauche, que l'on soupçonnait ; on le suture, on le conserve ; les hématuries cessèrent après la taille hypogastrique, et Picquié et Reblaud classèrent sans restriction leur observation parmi les hématuries esentielles. Mais le malade ne fut point perdu de vue, et Picquié (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1898, p. 593) publia des renseignements ultérieurs très intéressants : « Chose curieuse, dit Picquié, depuis trois ans le malade n'avait plus présenté d'hémorragie rénale ; brusquement, elles réapparurent ; on l'examina de nouveau cystoscopiquement et l'on découvrit, cette fois, une tumeur vésicale placée au voisinage de l'urètre droit : la tumeur fut enlevée par la taille hypogastrique et le malade est aujourd'hui complètement guéri. »

La cause de l'hématurie primitivement observée résidait fort apparemment dans la vessie, que l'on n'avait pu étudier dans les moments mêmes d'hémorragie : la tumeur, découverte plus tard, faisait tomber l'hypothèse d'hématurie essentielle ; nous savons, en effet, qu'un néoplasme très restreint peut donner des hémorragies considérables, effroyables même. Voilà donc un exemple probant, et cette observation doit être impitoyablement rayée du chapitre des hématuries dites essentielles.

On a fait deux classes d'hématuries essentielles : 1° les *hématuries essentielles cliniques*, et 2° les *hématuries essentielles cliniques et anatomiques*.

Dans le premier groupe, on enfermait les observations d'hématuries *sine materia* : nous verrons qu'elles sont peu pro-

(1) Picqué et Reblaub. Congrès français de chirurgie, 1895, p. 530.

bantes et que la clinique seule ne peut servir de base pour affirmer des hémorragies sans lésion ; une épreuve ultérieure eût pu révéler les atteintes causales.

Dans le deuxième groupe, on fait entrer des observations cliniquement prises et anatomiquement vérifiées : *cliniques et anatomiques*. De l'étude de quelques-uns de ces faits, *il ressortira qu'à l'origine de ces hématuries dites essentielles il y a presque toujours des lésions méconnues :* si quelques exceptions demeurent encore intactes et résistent aux recherches, la discussion reste pour elles ouverte, mais on peut prévoir, avant peu, la faillite complète des hématuries essentielles.

Nous avons déjà cité quelques-unes des classifications proposées ; résumons-les rapidement :

*Classification de Roger* (Hématuries : *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 336) :

1° Les hémorragies rénales supplémentaires ;
2° Les hémorragies rénales symptomatiques d'affections générales ;
3° Les hémorragies rénales essentielles.

*Classification de Sénator* (Hématuries essentielles) :

Hémophilie rénale ;
Hématurie rénale essentielle ;
Hématurie rénale avec néphralgie.

*Classification de Hamel :*

Hématurie avec néphoptose ;
Hématurie avec néphralgie ;
Hématurie purpurique ;
Hématurie avec albumine ;
Hématurie essentielle pure.

Bon nombre d'autres classifications ont été données qui ne présentent pas l'intérêt de celles-ci.

Enfin, voici la classification proposée par MM. Legueu et Malherbe, pour les hématuries dites essentielles. C'est celle que nous adopterons dans la citation et la discussion des observations qui vont suivre :

1° Observations purement cliniques ;
2° Observations anatomiques avec lésion ;
3° Observations anatomiques sans lésion.

# CHAPITRE III

## OBSERVATIONS

Nous avons vu, par l'exemple donné au chapitre précédent (cas de MM. Picqué et Reblaub), combien la discussion des observations doit être patiente et minutieuse.

Nous citerons ici quelques faits rapportés de ces *hématuries purement cliniques* et nous les discuterons.

En premier lieu, nous donnerons et discuterons l'observation inédite de MM. Leenhardt et Carrieu, qui fut le point de départ de notre travail.

Nous étudierons ensuite quelques-uns des cas observés d'*hématuries dites essentielles anatomiques*, avec lésions constatées ; nous adopterons, pour cet énoncé, le plan que nous avons suivi dans le chapitre II de cette étude (Etude des hématuries symptomatiques), c'est-à-dire que nous les classerons d'après les causes ultérieurement reconnues : 1° tuberculose ; 2° lithiase, etc.

Enfin, nous citerons quelques-unes des *observations d'hématuries essentielles* soi-disant probantes, car on n'en a pas découvert les lésions ; les exemples, à la vérité en sont fort rares.

### I. — OBSERVATIONS PUREMENT CLINIQUES

Ce sont les cas non suivis de vérification anatomique. La clinique étant sujette à erreur, ces constatations négatives

sont-elles forcément suffisantes à former des opinions ? Dans presque toutes ces observations, les origines vésicales et rénales sont à peine recherchées : si elles ne sont nullement probantes de l'existence des hématuries essentielles, il faut bien convenir aussi qu'elles ne peuvent en aucune façon servir d'arguments contraires.

Ce sont, pour la plupart, des faits relatant des pissements de sang à la suite d'une marche exagérée, d'une promenade à cheval, d'excès de toutes sortes. Aucun commentaire ne les accompagne : c'est donc un faisceau de preuves que la moindre attention disjoint impitoyablement ou même qui n'ont pas l'importance voulue pour retenir longtemps notre intérêt. Toutes les hypothèses sont possibles et plusieurs hypothèses ne constitueront jamais une preuve.

Voici notre observation inédite :

## OBSERVATION
(*inédite*)

(MM. Leenhardt et Carrieu)

Four... Pierre, 10 ans, domicilié chez les Sœurs de Saint-Antoine, entre le 13 septembre 1911 dans le service de M. le Professeur Baumel (alors suppléé par M. le Professeur agrégé Leenhardt) pour des *hématuries*.

Les *antécédents héréditaires* ne sont pas intéressants. Le père est mort à 55 ans d'une fièvre qui a duré un mois, sans qu'on en puisse connaître la nature. La mère, en ce moment en traitement à l'hôpital de Toulouse, subit une opération pour tumeur abdominale.

Deux frères et deux sœurs bien portants.

De notre petit malade on sait qu'il n'a eu aucune affection antérieure grave. Il tousse quelquefois l'hiver, mais n'a jamais eu de véritable bronchite, aucune hémoptysie.

Il y a un mois, l'enfant s'est aperçu de la présence de caillots dans son urine. Ces caillots apparaissent d'une façon irrégulière, sans aucune cause appréciable (ni traumatisme, ni fatigue), puis disparaissaient pendant quelques jours. En

même temps que ces caillots, l'urine était colorée en rouge plus ou moins foncé, alors même que le malade gardait le lit.

Les mictions étaient normales (2 à 3 par jour, jamais la nuit) et ne s'accompagnaient pas de douleurs. Ces petites crises duraient 36 ou 48 heures.

Actuellement, l'état est sensiblement le même, sinon que le malade urine plus souvent (6 à 7 fois par jour) et se lève quelquefois la nuit, mais la quantité totale reste peu abondante (400 cc. environ).

A l'examen, l'urètre est normal et ne présente aucune trace de traumatisme.

La vessie est vide, indolore.

Les reins ne sont ni gros ni abaissés. On ne peut les sentir par aucun des procédés habituels. Ils ne sont le siège d'aucune douleur.

A l'appareil respiratoire, aucun signe fonctionnel pathologique. L'auscultation la plus attentive ne décèle pas de signes physiques, même les plus légers.

L'appétit est bon, la digestion régulière.

Le cœur et les gros vaisseaux sont normaux. Le malade n'a jamais eu d'autre hémorragie.

Rien à signaler du côté du système nerveux.

Température normale ; pouls, 70 (mais l'enfant a sensiblement maigri depuis 1 mois).

On prescrit le régime lacté et le repos au lit, sans aucun médicament.

L'urine a été recueillie, à chaque miction, dans un verre différent, sur lequel on note l'heure où elle a été émise. On se rend compte de la sorte à l'œil nu, et très rapidement, en voyant la coloration plus ou moins foncée du liquide, que l'hémorragie a eu son maximum à 11 heures du matin et n'a cessé de diminuer jusqu'à 7 heures du soir.

Au microscope, d'ailleurs, on trouve un très grand nombre de globules rouges dans l'urine du matin, sans avoir besoin de centrifuger, tandis que les hématies deviennent plus rares vers le soir.

La réaction de Meyer est très nettement positive.

Le chauffage révèle de l'albumine, due sans aucun doute à la présence du sang, car elle aussi diminue avec les dernières mictions. Enfin, on recherche en vain les globules de pus et le bacille de Koch dans le culot de centrifugation.

Le lendemain, l'urine émise à 3 heures du matin contient encore une très notable quantité de sang.

On ordonne du chlorure de calcium (3 cc.), et, sous l'influence de cette médication, l'hémorragie paraît s'arrêter dans la journée. Toutefois, on trouve encore des globules rouges dans le culot de centrifugation. Il en est de même durant trois jours, malgré le remède et les tisanes, qui augmentent le volume de l'urine.

Mais le quatrième jour, malgré nos recherches, nous ne trouvons qu'une urine tout à fait normale : la réaction de Meyer est négative, il n'y a plus d'albumine.

Dès lors, on supprime le chlorure de calcium, on fait lever le malade et on le met au régime normal.

Telle était l'histoire de ce jeune enfant. On avait, faute de mieux, posé le diagnostic d'*hématurie essentielle*.

Le sang, en effet, venait des *reins*, puisqu'il colorait uniformément la miction tout entière et que urètre et vessie étaient en parfait état.

De plus, cette hématurie ne ressemblait en rien à celles que l'on peut observer dans les *néphrites*, qui commencent quelquefois par une congestion hémorragique, mais s'accompagnent toujours d'oligurie et de douleurs lombaires. D'autre part, nous avons vu que l'albumine suit les fluctuations du sang, à la présence duquel elle est due.

Dans le *sarcome* du rein, l'hématurie est rare et ne se montre guère que lorsque l'organe est déjà très gros.

Au cours de la *lithiase*, l'hémorragie apparaît à l'occasion d'une colique néphrétique. Ici, nous avons noté l'absence de douleurs.

On ne pouvait pas aussi facilement rejeter le diagnostic de *tuberculose rénale*. Mais la recherche infructueuse du pus et du bacille de Koch dans l'urine, l'absence complète de tuber-

culose dans les antécédents héréditaires ou personnels du sujet, ses poumons, surtout ses sommets et ses plèvres tout à fait sains, plaidaient contre l'hypothèse de tuberculose.

Enfin, il n'y avait aucune raison pour que l'on ait affaire à de l'*hémophilie* ou à des *parasites*, tels que la *Bilharzia* ou la *Filaria*.

Le diagnostic, toutefois, ne nous satisfaisait pas. Cependant, le malade était déjà sorti de l'hôpital depuis 4 mois, il n'avait plus présenté d'hématurie, son urine était très claire, et le docteur Boudet, qui le soigne actuellement, avait en vain recherché le bacille de Koch.

De plus, nous avons fait une inoculation au cobaye, sans résultat d'ailleurs. Au bout de 1 mois, le cobaye présentait un petit ganglion inguinal qui, au microscope, ne décela aucune lésion tuberculeuse. Rien à la rate ni aux ganglions cruraux.

Lorsqu'il y a huit jours, il a trouvé au sommet droit quelques signes d'induration : submatité, vibrations exagérées et expiration prolongée. De plus, l'enfant continue à maigrir et il présente une légère élévation thermique chaque soir. Il est donc probable que l'on est en présence d'une lésion tuberculeuse à son début, et il y a beaucoup de raisons pour que la congestion rénale hémorragique constatée il y a 10 mois soit de la même nature.

En somme, bien que le microscope ait été incapable de nous faire voir les bacilles de Koch (qui d'ailleurs sont difficiles à trouver, quoique notre inoculation soit restée sans résultats, nous ne pouvons pas conserver notre diagnostic d'attente.

Mais pour classer notre malade dans une catégorie que nous venons de passer en revue, nous n'avons pas encore assez d'éléments, bien que les lésions très nettes trouvées ces jours derniers aux poumons de notre petit malade nous fassent fortement pencher du côté de la bacillose rénale.

Durando Durante (*La Pediatria*, 1896) a observé deux cas d'hématurie cyclique :

1° Il s'agit d'un enfant de 11 ans, qui depuis 3 ans émet périodiquement des urines sanglantes. En dehors de ces crises, l'enfant se porte bien, quoique délicat ;

2° C'est un enfant de 4 ans, rachitique, ayant commencé à uriner du sang dès l'âge de 2 ans. Depuis cette époque, les mictions sanglantes reviennent tous les mois ou tous les deux mois. L'examen a montré un dépôt abondant de cylindres hématiques et de cristaux d'acide urique.

Après ces crises, les urines sont normales.

On n'a pu retrouver dans les antécédents de ces deux sujets ni la syphilis, ni la tuberculose, ni le cancer.

Dieulafoy (*Manuel de Pathologie*) parle d'un jeune garçon de 15 ans qui urine du sang depuis deux ans. Cette hématurie, d'origine rénale, n'était pas continue. Elle survenait tantôt sans cause apparente, tantôt à l'occasion de la moindre fatigue, de la moindre marche. L'enfant, étant employé typographe, ne pouvait travailler 2 heures debout sans saigner ; il en était de même lorsqu'il faisait une course et parfois, aussi, au repos. Il était devenu faible et anémique.

L'examen ne révélait ni symptômes de lithiase rénale, ni bacilles de la tuberculose, ni tumeur.

Sous l'influence de la térébenthine à dose croissante (6, 8, 10, 12 capsules par jour), tout rentra dans l'ordre. Depuis, il peut impunément travailler debout, faire des courses. Mais il continue sa médication.

Le cas de Dieulafoy, dépouvu d'observations anatomiques, ne peut être considéré comme une preuve ; nous verrons plus loin des faits anatomiques qui enlèvent à des observations de ce genre toute la valeur qu'on voudrait bien leur attribuer.

Les observations de Durando-Durante manquent de durée et aussi de contrôle anatomique.

En somme, la plupart des faits sont passibles de plusieurs interprétations et aucun d'eux ne peut servir à appuyer la doctrine de l'hématurie essentielle.

## II. — OBSERVATIONS ANATOMIQUES AVEC LÉSIONS

Là, il y a eu contrôle anatomique et constatation d'altération d'un organe : nous classerons ces observations — dont nous ne retenons d'ailleurs pour chaque classe que celle qui nous a paru la plus intéressante à glaner dans les ouvrages consultés — selon le plan déjà adopté par nous.

a) *Hématuries dites essentielles et d'origine tuberculeuse.*

Observation de Tuffier (*Ann. des mal. géni.-ur.*, 1893, p. 495) :

Une femme de 42 ans a une première hématurie en 1888 ; en 1889 et 1890, elle se reproduit sans aucun signe physique important, sans qu'il y ait de pus dans les urines. Après quelques hésitations légitimes, on pratique la néphrectomie. Le rein a des dimensions normales : son bord convexe porte une bosselure peu saillante, blanchâtre, fluctuante. La paroi de ces abcès est exclusivement formée, en dehors, par la capsule propre du rein. Aux deux extrémités de l'organe, il y a deux petites saillies de même forme : ce furent des foyers de tuberculose et l'inoculation fut positive.

*Discussion.* — Voilà donc une observation, parmi bon nombre d'autres, où l'hématurie rénale se présentait avec des caractères tels qu'elle semblait essentielle ; le rein enlevé, on a trouvé des lésions absolument évidentes de tuberculose, suffisantes pour enlever à tout jamais à ces hématuries le caractère d'essentiel ; mais à une autre époque, ou avec une exploration trop superficielle, on aurait été en droit de lui assigner une place dans les hématuries essentielles. Les autres observations, comme celle que nous venons de citer, ne sont que des tuberculoses rénales à forme hématurique, sans douleur, sans pyurie, sans bacille dans l'urine.

Stavely (*Bull. Johns Hopkins Hospital*, 1893, IV, n° 29) publie une observations d'hématurie sans cause survenant chez une femme de 39 ans. Le rein, mis à nu, ne révèle aucune lésion ; la malade guérit de l'hématurie ; mais il s'agissait d'une femme qui était nettement tuberculeuse et sujette aux hémoptysies ; il y avait vraisemblablement, dans le rein, des lésions de tuberculose au début.

En somme, aucune observation probante.

Voici une observation citée par M. le Professeur Tédenat, de Montpellier. Il s'agit d'un cas où l'on attribua à l'hystérie une anurie totale d'environ huit jours et des hématuries plusieurs fois répétées. Trois ans plus tard, l'autopsie révéla quelques tubercules en voie de sclérose de la couche corticale du rein.

## OBSERVATION

(Par M. le Professeur Tédenat)

Julie R..., 23 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, maigre, bien musclée. La mère est morte de phtisie pulmonaire. A l'âge de 15 ans, accidents hystériques (boule, étouffements, convulsions). En 1871, elle est restée pendant trois mois dans le service de François pour une hémianesthésie gauche qui disparut subitement à la suite d'un vésicatoire appliqué contre une névralgie intercostale droite. En mars 1873, elle entre dans le service du docteur Boucaud pour une anurie qui dure huit jours. Elle avait des crises hystériques. Quinze jours après la disparition de l'anurie, coliques néphrétiques gauches légères, suivies, le lendemain, d'hématurie abondante. Pendant cinq jours, l'urine entière de toutes les mictions contient une grande quantité de sang. Cette hématurie se renouvelle du 5 au 8 avril sans douleur, mais avec une fréquence notable des mictions (15 à 20 par jour). En dehors des hématuries, l'exploration des reins ne révèle ni douleurs, ni tuméfaction ; l'urine ne contient ni

sucre, ni albumine, ni sable. Deux hématuries en août et septembre, durant huit à douze jours. En mars 1876, la malade vient mourir à l'Hôtel-Dieu de granulie pulmonaire aiguë.

A l'autopsie, le rein gauche présentait, dans sa couche corticale, quatre nodules tuberculeux du volume d'un pois. L'un d'eux contenait une matière caséeuse, mêlée de grains calcaires. Les trois autres étaient en voie de transformation fibreuse. Quelques tubercules miliaires sur les pyramides. Le rein droit est sain.

La sclérose péri-tuberculeuse fit penser que les tubercules rénaux étaient de date ancienne. Aux lésions rénales, on attribua la pollakyurie et les hématuries répétées, qu'on avait regardées, au début des accidents, comme de nature hystérique. Etaient-ils aussi la cause de l'anurie survenue trois ans avant, en concomitance avec des accidents hystériques nettement caractérisés ? Il faut ajouter que le rein droit, les uretères et la vessie étaient sains, que les ganglions péribronchiques étaient en voie de caséification.

*Discussion.* — Avant d'admettre qu'une hématurie est idiopathique, il faudrait éliminer non seulement les mêmes néoplasmes, les tubercules isolés, les minuscules dépôts sableux (comme dans l'observation suivante), mais encore, comme nous le verrons, les influences toxiques, les scléroses localisées rendant le rein vulnérable et propice aux congestions.

b) *Observations d'hématuries crues essentielles et reconnues d'origine lithiasique :*

De simples petits graviers, des calculs très réduits peuvent être l'occasion d'abondantes hématuries.

Observation de Abbe (*Communic. à l'Acad. de médecine de New-York*, 1891) :

Un malade est atteint, depuis cinq ans, de coliques néphrétiques et d'hématuries abondantes, devenues, depuis deux ans

surtout, presque continuelles. L'examen cystoscopique montre que le sang vient de l'uretère droit. Incision exploratrice ; ponctions négatives. Incision du rein et exploration avec le doigt. On trouve l'extrémité d'une pyramide tapissée d'une légère couche sablonneuse ; celle-ci fut grattée ; suture de la plaie. Cessation des hématuries ainsi que des douleurs, qui disparurent le quatrième jour pour ne plus reparaître.

*Discussion.* — La cessation des accidents à la suite de l'opération ne permet guère de douter de la relation de causalité existant entre l'incrustation d'une pyramide et l'hémorragie ; mais on doit insister ici sur le symptôme considérable pour une lésion de minime importance (un peu de sable), alors que de gros calculs vont parfois sans saignement ; il s'agirait donc ici de congestion et de néphrite chronique concomitante?

c) *Hématuries dites essentielles et reconnues d'origine sclé-reuse, néphrétique, néoplasique, parasitaire,* etc. :

Aucun des faits cités ne peut faire douter de l'existence de la lésion ; aucune observation ne peut servir de preuve à l'existence des hématuries essentielles : il en est de même pour les observations nombreuses où l'on a reconnu plus tard la présence d'un *néoplasme* ou de *parasites*. L'étude de ces hématuries a été faite dans le chapitre II. Les observations en donnent le tableau classique, mais, fasciné que l'on était par le fantôme des hématuries essentielles, les lésions ont été respectées longtemps et reconnues par la suite.

Des hématuries dues à un rein mobile ont aussi quelquefois prêté à fausses interprétations ; les erreurs ont été révélées depuis.

d) *Hématuries de grossesse :*

On considère quelquefois comme essentielles des hémorragies urinaires congestives dues à la grossesse et à l'allaite-

ment. Guyon (1), dans ses leçons cliniques, attira sur elles l'attention : il cite deux cas d'hématuries pendant la grossesse, observés avec Champetier de Ribes. Dans ces observations, les malades jouissaient d'une santé parfaite en dehors de leur grossesse et n'avaient jamais pissé le sang. Daudois (2) a signalé un cas de ce genre. La pathogénie de ces hématuries reste discutable ; il pourrait s'agir d'une congestion physiologique ou en même temps d'une inflammation intestinale parenchymateuse de l'organe : l'intermittence de l'hématurie, sa disparition dans les intervalles de la grossesse, sont des questions que de nouvelles observations seules peuvent résoudre.

Mais ces réserves faites, on a trouvé toujours, après examen consciencieux, dans toute hématurie, durable et abondante, des lésions de tuberculose, de lithiase, de sclérose, de néphrite.

Il y avait lésion ; donc, pas d'hématurie essentielle.

Voici encore deux observations de M. le Professeur Tédenat. La première est fort intéressante :

### Observation I

Georges G..., 23 ans, fortement constitué, hérédité arthritique (rhumatisme noueux chez la mère et un frère aîné). Rougeole grave à 12 ans. Le 3 mai 1873, à la suite d'une ascension de montagne de 1.200 mètres, le corps en sueur, G. G... reçut une pluie froide, et resta deux heures avec ses habits mouillés. Dans la soirée, frissons, pesanteur lombaire. Dès le lendemain matin, toute l'urine est teintée de sang. L'hématurie, avec léger dépôt, dure deux jours ; les douleurs lombaires, avec vagues irradiations vers l'aine, persis-

(1) Guyon. Hématuries rénales et vésicales. *Ann. des mal. génit.-urin.*, t. XV, p. 125, 1887.

(2) Daudois. Hématurie essentielle. *Ann. de la Société belge de chirurgie*, 157, 1898.

tent pendant cinq à six jours, avec douleurs sourdes dans les membres. En décembre 1874, étant externe dans le service de Desnos, G. G... trouve une notable proportion d'albumine dans son urine, qu'il analysait comme type d'urine d'un sujet bien portant. Les analyses sont souvent répétées pendant 3 ans ; toujours de l'albumine. Mon ami fait sa thèse (1876) sur son cas, et l'intitule : « De l'albuminurie latente », pour la simple raison qu'il n'éprouvait aucun trouble de quelque importance dans sa santé. En janvier 1877, hématurie pendant deux jours, totale, à toutes les mictions ; quelques jours après, violentes douleurs dans les globes oculaires, diminution rapide de la vision par hémorragies rétiniennes. Depuis cette époque, de temps en temps, courtes hématuries, accidents divers de brightisme. En novembre, mort rapide par hémorragie intestinale.

Dans ce cas, l'hématurie est la première manifestation des lésions rénales. Celles-ci préexistaient-elles au coup de froid qui provoqua l'hémorragie rénale ou en furent-elles la conséquence ? Il n'y a pas de réponse possible. Mais l'hématurie précéda de trois ans les premiers troubles fonctionnels de l'affection rénale, au cours de laquelle elle réapparut à plusieurs reprises courte et peu abondante.

Voici une deuxième observation de M. le Professeur Tédenat. Ici, les hémorragies étaient probablement dues à la congestion provoquée par la présence d'un kyste hydatique.

### Observation II

Kyste hydatique flétri de la surface gauche. Néphralgies et hématuries répétées. Caillot sanguin expulsé après une violente attaque de coliques néphrétiques, représentant un moule complet de l'uretère. Ilôts multiples de sclérose au voisinage du kyste hydatique, qui est excisé. Disparition des hématuries.

Pierre M..., berger, 32 ans, me fut adressé, le 3 mai 1891, par le docteur Pons (de Bez). De taille moyenne, bien constitué, sans passé pathologique. En septembre 1887, coliques

néphrétiques gauches, avec diminution énorme de la quantité d'urine colorée par une faible quantité de sang, pendant trois ou quatre jours. Jusqu'en février 1889, le malade éprouva une pesanteur habituelle dans le flanc gauche, avec parfois de menues exacerbations marquées par des mictions fréquentes. Le 10 février 1889, après deux jours de coliques irradiées au testicule gauche, il rendit des urines rouges avec petits caillots au fond du vase. L'hématurie dura trois jours. Nouvelles crises analogues, mais moins intenses, en avril, juin, septembre 1889, février, mars 1890. En décembre 1890, sans coliques néphrétiques, hématurie abondante d'une durée de huit jours. Le malade était devenu profondément anémique. Ces hématuries survenaient aussi bien quand le malade se reposait que lorsqu'il marchait après ses moutons.

Le 5 avril 1891, violente crise de coliques néphrétiques avec anurie pendant deux jours. Le malade rend alors un long caillot, qui représente un moule complet de l'uretère.

Petite hématurie le 17 avril.

3 *mai.* — A son entrée à l'hôpital, le malade est pâle, il se nourrit suffisamment. Pesanteur habituelle dans la région du rein gauche, avec quelques exacerbations passagères. On ne constate aucune augmentation du volume du rein et, à son niveau, il n'y a qu'un peu de sensibilité à la pression.

8 *mai.* — Crise de coliques légère qui dure quatre ou cinq heures et se termine par l'expulsion de petits caillots et de l'urine fortement teintée de sang pendant deux jours. Mon diagnostic est hésitant entre lithiase et néoplasme. Il penche plutôt vers le néoplasme.

12 *mai.* — Néphrotomie. Quelques adhérences de la capsule adipeuse. A la partie moyenne du bord convexe, saillie de 3 centimètres de diamètre, grisâtre, avec des points jaunes grenus, surface ridée, plissée. Tout autour, quelques îlots scléreux disséminés, quelques-uns un peu déprimés. La saillie arrondie est un kyste. J'en retire plein un dé à coudre d'un liquide clair et une membrane hydatique où l'on a trouvé

des crochets. Le rein est incisé jusqu'au hile, parallèlement à ses faces. Je ne trouve ni calcul, ni néoplasie, mais seulement de la sclérose par petits îlots disséminés autour du kyste. Huit points de suture au catgut. Suture à deux plans de la paroi avec un drain en bas.

Les urines sont restées légèrement teintées de sang pendant deux jours.

Le malade quitta l'hôpital le 8 juin, 22 jours après son opération. Il jouit d'une santé bonne, sauf un peu de pollakyurie, mais l'hématurie n'a plus reparu (décembre 1898).

Donc, toutes ces hématuries d'apparence essentielle étaient dues à des causes nettement reconnues plus tard. Donc, la plupart des hématuries dites essentielles sont causées par la sclérose et les lésions scléreuses du rein. Dès que l'altération de l'organe existe, diffuse ou localisée, une foule de causes, souvent difficiles à déceler, provoquent la congestion hémorragique.

Mais ne concluons pas avant d'avoir considéré les observations, fort rares, nous l'avons dit, des hématuries sans lésion connue.

## III. OBSERVATIONS D'HÉMATURIES ESSENTIELLES SANS LÉSION CONNUE

La liste des observations d'hématurie essentielle n'est, en effet, pas épuisé avec la sélection précédente. Nous voici en présence, maintenant, des observations *par lesquelles la constatation anatomique a été faite et est restée négative.*

Nous l'avons dit, elles sont peu nombreuses, d'après Legueu et Malherbe ; nous n'avons pas eu connaissance, depuis, malgré nos recherches, de nouvelle observation de ce genre. Les voici :

Observation de Max Schede (*Neue Erfahrungen ueber Nieren extirpation*, obs. IV, *Jahrb. des Hamburger Stadt Krankenhausen*, I, Jahrg., 1889, tir. à part, p. 13) :

Un homme de 50 ans, de bonne santé habituelle, fut pris d'hématurie avec ingestion de boisson froide : l'hématurie cessait d'abord par le repos au lit pour reparaître dès que le malade se levait et, peu à peu, s'aggrava au point de devenir continuelle. A l'examen, on ne trouva rien du côté de la vessie. Le diagnostic restait hésitant entre un calcul rénal, une tuberculose ou un cancer au début. Cependant, on n'avait aucune donnée sur la localisation ; il y avait, toutefois, quelques douleurs du côté du rein gauche. Taille hypogastrique. l'uretère gauche saigne ; on enlève le rein. Guérison opératoire. Cessation de l'hématurie. Le rein était anémié et parsemé de quelques pétéchies. Rien à l'examen histologique.

Observation de Klemperer (*Deutsche Mediz. Woch.*, 1897, n° 10) :

Un jeune homme sans antécédents hémophiliques eut, pendant quelques jours, des semaines, des hématuries. L'examen cystoscopique permit de reconnaître que les hémorragies venaient du rein gauche. Cet organe fut enlevé et tout le monde put constater qu'il était normal, même à l'état histologique.

Observation de Loumeau (XII[e] Congrès de chirurgie, Paris, 1898, p. 413) :

Une femme de 32 ans, nullipare, sans antécédents tuberculeux ni lithiasiques, mais sujette aux douleurs rhumatismales et aux hémorragies nasales et hémorroïdales (surtout à l'époque des règles), présente des hématuries qui durent un an, avec endolorissement de la région du rein gauche. L'analyse des urines ne révèle pas de bacille de Koch ; rien à la vessie ; le rein gauche, qui saigne (on s'en assure par l'examen cystoscopique), est seulement douloureux au palper.

Néphrotomie le 10 juin : le rein est fendu, il ne présente ni tubercules, ni traces appréciables de tissus suspects. Tampon-

nement à la gaze du rein conservé. A partir de ce moment, l'hématurie n'a plus reparu ; quatre mois après, les urines restaient encore limpides.

Observation de M. Debersaques (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, juill. 1898) :

Un homme de 38 ans, sans antécédents, sans passé urinaire, sans hémophilie, se rappelait avoir eu quelques vagues douleurs dans le flanc gauche vingt ans avant. Il commença à uriner du sang d'abord d'une façon intermittente.

C'est surtout pendant ces trois dernières années que les douleurs ont pris un caractère paroxystique. Elles débutent d'une façon constante à la région rénale gauche, se dirigent vers l'aine du même côté pour se perdre en général dans les parties génitales. La douleur est extrêmement vive et persiste pendant plusieurs heures ; elle diminue dans le décubitus dorsal.

Les accès se sont prolongés pendant deux, trois et même quatre jours, ne laissant au patient qu'une rémission toute fugace. La répétition de ces accès ne laissait au malade guère plus de quatre jours de répit complet par mois.

L'hématurie coïncidait avec les douleurs, les précédant ou les suivant. Dans l'intervalle, l'urine avait une composition normale.

La santé s'affaiblissait, le malade avait, en 15 mois, perdu douze kilogs.

L'exploration est partout négative, sauf au niveau du rein gauche, qui apparaît douloureux et légèrement mobile.

Le rein est mis à nu par une incision lombaire ; la glande a son volume normal. La capsule paraît tendue, et, à l'incision, le tissu rénal se montre très congestionné. Le rein est fendu, le bassinet ouvert ; on ne constate rien d'anormal du côté de l'uretère, qui est cathétérisé.

Le rein est suturé et abandonné.

Il y eut encore un peu de sang dans les urines à la suite de l'opération. Depuis lors, et sous un contrôle complet et

journalier, pendant trois semaines, les urines ont gardé une composition normale.

L'opération remontait à six semaines lorsque l'observation fut publiée, et jusqu'à ce moment les accès ne s'étaient pas manifestés même par la plus bénigne réminiscence.

Voilà donc quelques cas d'hématuries semblant essentielles, sans lésions. On a essayé de toutes les façons à expliquer les faits constatés, nous n'en doutons point, avec la plus stricte impartialité. Deux interprétations furent choisies : l'*hémophilie* et l'*influence du système nerveux*. Il serait donc question d'*hématuries hémophiliques* et d'*hématuries angio-névrotiques*, et ces deux classes constitueraient les deux variétés d'hématuries essentielles. Adoptons cette classification et laissons le soin d'étudier ces deux sortes d'hématuries à MM. Legueu et Malherbe, dont nous rapportons exactement les dires et les opinions, nous réservant de formuler plus tard les nôtres.

## HÉMATURIES SANS LÉSIONS CONNUES

### A. Hématuries hémophiliques

L'hémophilie a été de tout temps admise comme cause d'hématurie. En Allemagne, en particulier, on parle beaucoup d'hémophilie, et toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une hématurie dont la cause ne paraît pas évidente, on propose ce terme et cette explication.

Il y a là, à notre avis, une exagération évidente, contre laquelle il est temps de réagir.

A coup sûr, on ne peut refuser au rein, ou même à la vessie, le droit de prendre part aux hémorragies qui traduisent l'hémophilie ; mais la question n'est pas là. Il s'agit de savoir si ces hémorragies s'observent réellement et à quels caractères, à quel ensemble on peut les reconnaître, ou au moins être autorisé à les supposer.

N'est pas hémophile qui veut : l'hémophilie est surtout héré-

ditaire et frappe de préférence les jeunes. Elle se caractérise par des hémorragies multiples, se manifestant sur divers points du corps à la fois, et la coexistence d'hémorragies multiples et d'hématuries pourrait seule autoriser à conclure à la nature hémophilique de ces dernières.

Dans ces conditions, Guyon (1) a vu deux fois des hématuries hémophiliques. Elles avaient toutes deux les allures des grandes hémorragies des néoplasiques. Dans les deux cas, le diagnostic fut fait par les commémoratifs et la constatation de grandes plaques ecchymotiques. L'un des malades a succombé, l'autre a guéri sous l'influence d'un traitement général.

Unde (2), Grandidier (3) ont cité des faits identiques. Klemperer (4) rapporte également une observation, qu'on peut mettre légitimement sur le compte de l'hémophilie, étant donné les circonstances dans lesquelles l'hématurie se produisit.

Il s'agit d'un jeune homme hémophile ayant présenté, depuis l'âge de 3 ans, de nombreuses hémorragies de toutes sortes, et qui urina du sang à l'âge de 16 ans pour la première fois. Entré à l'hôpital pour y être traité de la morphinomanie, il y présenta un accès d'hématurie rénale qui dura sept semaines et se termina par la guérison.

L'apparition de ces hématuries dans le premier âge, chez des sujets à hérédité hémophilique, et surtout la coexistence des hématuries avec d'autres hémorragies, rendent ce diagnostic étiologique très vraisemblable.

Mais cependant il convient de se défier d'une trop facile exagération. Et nous devons nous mettre en garde contre la tendance naturelle à attribuer à l'hémophilie toute hématurie rénale dont on ne trouve pas la cause évidente.

Ainsi, plusieurs des observations rapportées par Grandi-

(1) Guyon. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 3e édition, p. 190.

(2) Unde. Dictionnaire de Dechambre. Art. « Hémophilie ».

(3) Grandidier. *Die Hæmophilie oder die Bluterkrankeit.* Leipzig, 1865.

(4) Klemperer. Soc. médic. des Hôpit., décembre. Berlin, 1896.

dier, par Mendelsohn, par Fürbinger (1), nous apparaissent comme très contestables. De même, cette observation de Klemperer est encore très discutable.

Un jeune homme de 26 ans est depuis l'âge de 16 ans, sujet à des accès d'hématurie durant plus ou moins longtemps ; son urine contenait des cylindres sanguins. L'hématurie était donc rénale. Le malade guérit à la suite d'un traitement par les douches froides. Et Klemperer intitule cette hématurie « hémophilie », ce qui ne nous paraît pas démontré.

Nous ne saurions, en effet, admettre comme hémophiliques des hématuries qui seraient la seule et unique manifestation de la diathèse et n'auraient été précédées ni suivies d'aucun autre accident du même genre.

L'observation de Sénator suffit à légitimer ces doutes. Sénator conclut à l'hémophilie en raison des antécédents héréditaires très nets, que présente le malade en ligne paternelle. Et cependant Israël, examinant le rein enlevé, y trouve, nous l'avons vu, des lésions de sclérose qui étaient la source et la raison de ces hémorragies.

Sans nier donc la réalité de l'hémophilie rénale, nous demandons à l'avenir, pour ces grandes hématuries prolongées, persistantes, isolées comme symptômes, nous demandons des observations complètes, des examens anatomiques définitifs, avant d'invoquer l'hémophilie. Et lorsque l'élimination sera faite des cas qui ne présentent pas ce critérium, les observations seront réellement rares, qui mériteront d'être qualifiées d'hématuries hémophiliques.

### B. Hématuries angio-névrotiques

Le système nerveux exerce une influence incontestable sur la circulation viscérale par les nerfs vaso-moteurs qui la modifient, la restreignent ou l'étendent. Cette influence peut-elle

(1) Cités *in* Th. Dorean

s'exercer jusqu'à provoquer un afflux sanguin tel qu'il soit le point de départ d'une hémorragie ?

Pour la peau, pour la muqueuse, le fait est admis. Dans les saignements de nez de la puberté, pour les ecchymoses des neurasthéniques, les hémotidroses des hystériques, il est probable qu'une action vaso-dilatatrice est la cause de la congestion interne, qui aboutit à l'effraction vasculaire ; la diapédèse s'exagère, de véritables brèches se font dans les capillaires, d'où hémorragie plus ou moins considérable.

Existe-t-il des hématuries de ce genre ?

Lancereaux (1), puis Renaut (2) les admettent ; ils signalent l'hyperémie active du rein par action nerveuse et les hémorragies rénales par influence nerveuse. D'après Lancereaux, « les hémorragies rénales liées à une influence nerveuse, ou hémorragies essentielles, sont plus fréquentes que ne paraissent le croire la plupart des auteurs ».

Et cependant, s'il en était ainsi, la grande névrose, l'hystérie, qui, parmi ses symptômes si variés, donne assez souvent lieu à des hémorragies diverses, voire même à des hémorragies cutanées, devrait quelquefois être la cause d'hémorragies rénales. Il n'en est rien ou, du moins, les faits de cette nature sont si rares, qu'on ne saurait admettre l'hématurie hystérique comme démontrée. Aupérin (3) cite le fait d'une femme de 35 ans, névropathe et hystérique, qui, après une violente colère et une attaque de nerfs, aurait eu une hématurie de six semaines de durée, terminée par la guérison. Mais Gilles de la Tourette (4), dans son *Traité de l'hystérie*, ne signale que par un mot l'hématurie des hystériques, quand il dit : « Dans le cas de Tittel, il y aurait même eu des hématuries ».

(1) Lancereaux. Art. « Rein » du Dictionnaire de Dechambre. Paris, 1876, pp. 267 et 270.

(2) Renaut. Art. « Hémorragie » du Dictionnaire de Dechambre. Paris 1888, pp. 315 et ss.

(3) G. Aupérin. De la tuberculose rénale hématurique. Th. de Paris, 1895.

(4) Gilles de la Tourette. Hystérie paroxystique, t. I, 2e partie, p. 450.

Cependant l'influence nerveuse, agissant comme provocatrice de l'hématurie, est au premier abord assez plausible pour les cas où, en l'absence de lésions, il y avait coexistence de phénomènes douloureux sur le rein ou le trajet de l'urètre. Legueu (1), étudiant, en 1891, les névralgies rénales, rapportait quelques exemples de ces associations douloureuses et hématuriques, et Broca (2), pour son observation, adoptait en 1894 la même interprétation ; il admet, comme Lancereaux, qu'il convient de faire jouer un rôle important au système nerveux dans la pathogénie de certaines hématuries rénales.

Cela est possible, mais il convient d'apporter ici encore une grande prudence dans l'acceptation de cette pathogénie. Il est des observations pour lesquelles, il y a quelques années, la théorie nerveuse semblait toute naturelle, et pour lesquelles cependant, aujourd'hui, une autre interprétation plus légitime est permise. L'observation de Sabatier, par exemple, la seule dans laquelle il est fait mention d'une hémorragie abondante et durable, est passible d'une autre explication que l'angio-névrose, et nous avons montré plus haut comment, en la rapprochant d'autres faits similaires, mais postérieurs et mieux étudiés, il y avait lieu d'attribuer une part exclusive dans la détermination de cette hématurie aux lésions de sclérose, dont ce rein était le siège. Plusieurs des observations que nous rangions, en 1891, dans le groupe des névralgies rénales, nous paraissent aujourd'hui passibles du même reproche et dignes d'une même réserve.

Si nous exigions, pour toutes ces observations, le critérium anatomique, qui nous semble désormais nécessaire, nous trouverions probablement, au fond de toutes ces névralgies, une lésion minime, inappréciable. Si l'importance et l'intensité de la douleur attirent surtout l'attention et paraissent dispropor-

(1) Legueu. Des névralgies rénales. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891, pp. 631 et 778.

(2) Broca. *Loc. cit.*, p. 894.

tionnées avec la lésion initiale, il ne s'ensuit pas que la part primitive de celle-ci soit négligeable.

Aussi bien, sans nier la névralgie rénale, dont nous avons observé nous-même depuis notre mémoire une observation positive, nous pensons aujourd'hui que la plupart de ces névralgies, surtout quand elles sont accompagnées d'hématuries, rentrent dans la catégorie des névralgies symptomatiques d'une lésion minime et souvent inappréciable, en dehors des cas, bien entendu, où le système nerveux est lui-même et directement en cause.

Avant donc d'accepter la théorie de l'angio-névrose pour l'interprétation d'hématuries qui paraissent esentielles, il faudrait être bien sûr que la lésion fait absolument défaut.

On ne saurait l'affirmer pour les observations que nous avons citées quelques pages plus haut ; il n'y a aucune preuve démontrant l'inexistence de lésions.

Sans refuser le droit au système nerveux d'influencer la congestion hémorragique, nous penchons plutôt — nous avançant en cela plus loin que MM. Legueu et Malherbe — vers la coexistence de lésions inaperçues. Alors même que ces dernières ne seraient pas prouvées, les rares observations d'hématuries angio-névrotiques ne suffiraient pas à établir l'existence certaine des hématuries essentielles.

Quoi qu'il en soit, cette division d'hématuries hémophiliques et angio-névrotique est satisfaisante et n'implique nullement l'existence d'hématuries essentielles ; elles rentrent, en somme, dans les hématuries anatomiques sans lésion observée, mais avec prédominance des symptômes congestifs et nerveux.

# CHAPITRE IV

## DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT

### a) Diagnostic

Un malade urine du sang : il s'agit bien d'une hématurie vraie ; les urines renferment des globules rouges.

Il ne s'agit pas d'une fausse hématurie, où les urines ne renferment pas de globules rouges et ne doivent leur coloration rouge ou noire qu'à de l'hémoglobine dissoute (hémoglobinurie). L'hémoglobinurie est plus rare que l'hématurie ; le praticien peut faire lui-même ou faire pratiquer par le pharmacien l'examen du liquide. Dans la très grande majorité des cas, on trouvera des globules rouges ou des cylindres hématiques ; c'est donc une hématurie vraie.

Du reste, on pourrait aussi faire les examens chimiques dont nous avons parlé au début (chap. II, p. 23).

Mais, dans les hématuries dites essentielles, *la vraie cause est méconnue :* c'est que les manifestations hémorragiques ne suivent pas, dans ces cas, les modalités habituelles que nous avons étudiées au chapitre II, en passant en revue les hématuries symptomatiques diverses. Elles sont abondantes, continues, indépendantes du repos et du mouvement ; si elles devaient ressembler à un genre d'hématuries symptomatiques, elles rappelleraient surtout les hématuries d'origine rénale : mais les autres caractères font défaut ; avant l'opération, le diagnostic est toujours erroné. Supposons une hématurie ne présentant aucun des caractères lithiasiques, tuberculeux, etc. : comment arriverions-nous à faire un diagnostic ?

Nous ignorons l'origine de l'hématurie, dont le caractère total n'est même pas suffisamment démonstratif.

Essayons en premier lieu le cystoscope : deux faits sont précisés ainsi : l'intégrité de la vessie, la source rénale d'hémorragie. (On doit se souvenir toujours du cas de Picqué et Reblaud, cité plus haut, où une petite néoplasie vésicale fut méconnue.) On devra donc répéter plusieurs fois l'inspection minutieuse de l'organe. Si on voit le saignement urétéral, on en déduira aisément la participation du rein.

Mais, ayant trouvé la source, il faudra en découvrir la raison, quelle est la cause de l'hématurie, palpation infructueuse, la durée de l'hématurie fait écarter l'hypothèse d'un néoplasme, l'absence de douleur, celle d'un calcul. Est-ce alors une tuberculose primitive, une néphrite unilatérale ? ou tout autre cause étudiée chapitre II ?

Le rein mobile, la tuberculose, les hématuries hémophiliques, les néphrites chroniques, la sclérose rénale donnent des symptômes reconnaissables.

Le diagnostic de l'origine de ces hématuries se fait par l'étude des caractères de l'urine, le moment auquel apparaît le sang dans la miction, etc. L'hématurie rénale peut donner lieu à de graves erreurs lorsque les signes de la néphrite concomitante ne sont pas suffisamment nets pour permettre de rapporter à sa véritable cause la poussée hémorragique. Ce diagnostic des hématuries doit donc être confirmé par le microscope ; l'examen microscopique ne permettra pas seulement de constater qu'il y a eu hématurie, mais encore il fournira des données très intéressantes sur la marche de l'hématurie, sur sa constitution en globules blancs, globules rouges, cylindriques, et par là, sur les caractères probables de la lésion ; il fournira, en outre, des éléments de pronostic fort utiles.

Enfin, en dernier ressort, il restera la ressource de l'incision exploratrice.

### b) Pronostic

Le pronostic des *hématuries pseudo-essentielles* relève de deux facteurs : de l'*abondance et de la continuité* et aussi *de la cause qui les détermine*.

Une hématurie petite et rare ne constitue pas le moindre danger ; le pronostic est bénin ; assez abondante, elle sera cause d'anémie et de perte de force. Un malade observé par Rotherat en arrivait à ne pas pouvoir quitter le lit.

L'hématurie, quand elle est très abondante, couvre la cause, constitue par elle-même le danger et mérite d'être traitée par elle-même.

### c) Traitement

« N'oublions pas qu'il existe un genre d'hématuries appelées *hématuries essentielles*, sur la pathogénie desquelles on est mal fixé, mais que Broca, puis Malherbe et Legueu, nous ont fait connaître. Qu'il s'agisse d'une sorte d'hémophilie (Sénator) ou de troubles vaso-moteurs, peu importe. Ce que le praticien doit savoir, c'est que, à l'occasion de ces hématuries, les diagnostics les plus graves ont été portés. M. Dieulafoy observa un malade de 15 ans (*Man. Path. Int.*, p. 298, t. III, 8e édition, 1904) atteint depuis deux ans d'hématuries répétées à la moindre fatigue : tuberculose ? cancer ? lithiase ? aucun symptôme ne complétait le tableau...

M. Dieulafoy soumit le malade à la cure térébenthinée : 6, 8, 10, 12 capsules de térébenthine par jour ; peu à peu, les urines perdirent leur caractère sanguinolent et s'éclaircirent complètement. » (Cathelin et Fiessinger, *Mém. thérap.*, p. 76.)

Mais le traitement devrait être, avant tout, causal ; cependant, nous n'aurons surtout en vue, ici, que le traitement du symptôme hématurie.

*Traitement médical, traitement chirurgical*

1° *Médical.* — Le traitement médical est peu efficace, car les hématuries dites essentielles y résistent particulièrement. On emploiera les hémostatiques, les reconstituants ; comme nous l'avons vu dans les quelques lignes citées plus haut, la térébenthine agira favorablement. Le perchlorure de fer fut employé par Guyon, comme reconstituant plus que comme hémostatique ; les deux remèdes surtout employés seront *l'Hydrastis canadensis* et l'*Hamamelis virginica ;* enfin, n'oublions pas deux médications plus récentes : *chlorure de calcium et sérum gélatiné.*

2° *Chirurgical.* — Le traitement chirurgical pourra réussir après échec pitoyable du traitement médical ; nous avons relaté, au cours de ce travail, des observations montrant les succès divers de certaines interventions opportunes ; ce sera la *néphrectomie*, ce sera la *néphrotomie*, la *néphropexie* (Albarran), ce sera même, dans quelques cas, la *cystostomie*. En somme, opérations radicales et opérations conservatrices, tels sont les deux genres d'intervention dont nous pouvons disposer.

Mais une intervention implique la connaissance de la cause... Or, comment déceler la cause d'une hématurie pseudo-essentielle ? Une incision exploratrice s'impose alors.

C'est au cours de cette intervention qu'on décidera si l'opération sera conservatrice ou radicale ; le rein sera mis à nu, décortiqué, attiré dans la plaie, exploré minutieusement : on l'ouvre, on observe attentivement (tuberculoses miliaires) ; si l'on y trouve un néoplasme, il faut immédiatement supprimer le rein.

Tels sont, rapidement résumés, le pronostic, le diagnostic et le traitement des hématuries dites essentielles, constituant un chapitre non indispensable dans ce travail, mais utile pour en compléter l'harmonie.

# CHAPITRE V

## CONCLUSIONS

Il ressort des discussions de toutes les observations d'hématuries pseudo-essentielles citées par les auteurs, que, toujours, on a été amené (lorsque le contrôle a été rigoureusement observé) à noter des altérations anatomiques du rein. Il est impossible de nier la relation entre ces hématuries et ces altérations ; dans aucun cas, il ne pouvait être question d'hématurie essentielle.

Il y a donc toujours (sauf dans les cas douteux où l'observation ne fut pas assez minutieuse), il y a donc toujours une lésion causale de l'hématurie.

Puisqu'il était convenu d'appeler hématuries essentielles, des hémorragies sans lésion, nous sommes en droit d'affirmer qu'*il n'y a pas d'hématuries essentielles.*

*Toutes les hématuries citées comme essentielles sont des hématuries symptomatiques relevant de causes générales (infections, toxiques) ou d'une affection locale.*

Quelques faits semblent échapper à cette interprétation ; nous laisserons aux recherches ultérieures cliniques, anatomiques et expérimentales, le soin de définir la part qui revient aux altérations du sang ou à l'influence du système nerveux dans leur pathogénie.

Il nous paraît que si tous les esprits étaient persuadés de l'inexistence des hématuries essentielles, les praticiens seraient sollicités davantage à pousser leur examen jusqu'au

plus petit indice en présence d'une de ces hématuries mystérieuses, et en découvriraient la cause.

La tendance à croire en leur existence a certainement retardé le jour où tout le monde sera, comme nous, pénétré de cette idée :

*Il ne doit pas exister d'hématuries essentielles.*

# BIBLIOGRAPHIE


ROGER. — Traité des maladies des reins. Paris, 1841.

CHOPART. — Traité des maladies des voies urinaires.

BARTELS. — Maladie des reins. Trad. franç. (1884).

GAUCHER. — Pathologie des néphrites. Th. d'agrégation. Paris, 1886.

BAUDET. — Commun. Société d'anat. et de physiol. Bordeaux, 1889.

R. ABBE. — Comm. Acad. méd. New-York (13 avril 1891).

PASSET. — Uber hematuries und renales hemophilies. *Centr. f. die Kranck. der Harn. und Sexual organ.* Tome V, fasc. 8, p. 387, 1894.

BARTHEZ et RILLIET. — Traité des maladies des enfants. T. II.

BROCA. — Hémophilie rénale et hématuries rénales sans lésion. Annales mal. org. génit.-urin., décembre 1894.

ESCAT. — Des hématuries chez les prostatiques. Thèse Paris, 1897.

HAMEL. — De l'hématurie essentielle. Thèse Paris, 1897.

DOREAU. — Des prétendues hématuries essentielles. Bordeaux, 1898.

DOUBRE. — Des hématuries rénales essentielles. Bull. méd., t. I, p. 315, 1898.

POUSSON. — Hématurie des néphrites chroniques. Soc. chir., 1898.

TÉDENAT. — Congrès français de chirurgie, 1898.

BRAULT. — Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, 1898.

LEGUEU et MALHERBES. — Rapport sur les hématuries essentielles. Congrès franç. d'urol., 1899.

MICHAUX. — Les néphrites chroniques hématuriques. Paris, 1900.

ROCHER. — L'hématurie dans les néoplasmes du rein : sa valeur diagnostique et pronostique. Paris, 1901.

LEGUEU. — Annales génito-urinaires, 1901.

ALBARRAN. — Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Congrès d'urologie, 1902-1904.

Michon. — Congrès d'urologie, 1902.

Roux. — Le diviseur vésical gradué et ses applications dans les hématuries. Paris, 1903.

Fontanié. — Etude clinique de l'hématurie rénale dans les néphrites chez les enfants. Paris, 1903.

Garnier. — Revue médicale de l'Est, 1903.

Hallé. — Congrès d'urologie, 1903.

Franck. — Contribution à l'étude du rein. Congrès français d'urologie, 1903.

Dupuy. — Contribution à l'étude des hématuries dans la tuberculose rénale. Bordeaux, 1903.

Mégrat. — Du traitement chirurgical de la tuberculose rénale. Nancy, 1904.

Legueu. — Intervention pour néphrite hématurique. Association française d'ur., 1904.

Guillet. — Hématuries. Thèse.

Cavaillon. — Hématurie rénale datant de 4 ans : guérison. Lyon, 1905.

Lécorché. — Traité des maladies des reins.

Delbet. — Congrès d'urologie, 1905.

Bernard. — Annales génito-urinaires, 1905.

Le Dentu. — Affections chirurgicales du rein et de l'uretère.

Reynaud. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale et de son traitement par la néphrectomie. Lyon, 1906.

Leroy. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale. Bordeaux, 1906.

Desnos. — Diagnostic de la tuberculose du rein. Congrès français d'ur., 1906

Broussegoutte. — Contribution à l'étude des formes rénales de la fièvre typhoïde et en particulier de la forme hématurique. Montpellier, 1907.

Delon. — Des formes hématuriques de la tuberculose vésicale. Bordeaux, 1907.

Fargeot. — Hématuries dans certains cas d'hydronéphrose. Bordeaux, 1908.

Gautier. — Les hématuries dans le rein mobile. Paris, 1908.

Jonet. — Contribution à l'étude de la guérison spontanée de la tuberculose. Bordeaux, 1909.

Curet. — Du traitement de l'incontinence d'urine infantile dite essentielle par les injections épidurales de sérum artificiel. Bordeaux, 1910.

AGOSTINI. — Des symptômes vésicaux dans la tuberculose rénale. Bordeaux, 1910.

LANDRET. — Essai de classification clinique des tuberculoses rénales. Lyon, 1910.

MARC. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale. Lyon, 1910.

LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie, 1910.

*Nota.* — Nous avons, en outre, cité bon nombre d'autres auteurs au cours de ce travail ; les indications se trouvent au bas de la page où leur nom figure.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 juillet 1912.
*Le Recteur,*
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 juillet 1912.
*Le Doyen,*
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*